

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

350

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Amédée RIOU

Né le 13 Mai 1907, à BREST (Finistère)

Abcès mésocoeliaques
d'origine appendiculaire

Président : M. GRÉGOIRE, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938
—

THÈSE

N°
—

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Amédée RIOU

Né le 13 Mai 1907, à BREST (Finistère)

Abcès mésocoeliaques
d'origine appendiculaire

Président : M. GRÉGOIRE, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1938

I. — Professeurs

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRE
Pathologie médicale et générale	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	LEROUX.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
	LAIGNEL-
	LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	Marcel LABBE
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLE'
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL
Clinique de la Tuberculose	VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	BEZANÇON.
Clinique cardiologie	MATHIEU.
Assistance médico-sociale	LAUBRY.
	CROUZON.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	DE GAUDART
BARIETY	Pathologie médicale.	D'ALLAINES
BENARD Henri.	Pathologie médicale.	GAYET
BERNARD Et.	Pathologie médicale.	DE GENNES
BESANÇON (J.)	Hydrologie.	GIROUD
BOULIN	Pathologie médicale.	HAGUENAU
BULLIARD	Histologie.	HALPHEN
CATHALA	Pathologie médicale.	HAZARD
COSTE	Pathologie médicale.	HUGUENIN
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	JOANNON
DOGNON	Physique.	LACOMME
FUNCK-		LANTUEJOUL
ERENTANO	Pathologie chirurgicale.	LAROCHE Guy.
FEY	Urologie.	LAVIER
GAILLARD	Parasitologie.	LELONG
GASTINEL	Bactériologie.	
		Pathologie chirurgicale
		Physiologie.
		Pathologie médicale.
		Histologie.
		Pathologie médicale.
		Oto-rhino-laryngologie
		Pharmacologie.
		Anatomie pathologique
		Hygiène.
		Obstétrique.
		Obstétrique.
		Pathologie médicale.
		Parasitologie.
		Pathologie médicale.

MM.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{lle} J.) . Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.

MM.
 PIEDELIEVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD (L.) . Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie.

MM.
 LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL ... Obstétrique.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE..
 AUBERTIN
 FRULE
 CHABROL
 DONZELOT ...
 DUVOIR
 LIAN
 PASTEUR
 VALLERY-
 RADOT
 SEZARY
 } Clinique médicale

MM.
 BASSET
 BRCCQ
 CADENAT
 GATELLIER ...
 MOURE
 QUENU
 VELTER
 } Clinique chirurgicale

 ECALLE
 METZGER
 } Clinique obstétricale

V. — Chargés de cours

MM.
 CHAILLET-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME, A MES ENFANTS

Bien faible témoignage de mon affection.

A MA MERE, A MON PERE

En témoignage d'affectueuse et
profonde reconnaissance pour tout
ce que je leur dois.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GREGOIRE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine

Qui a bien voulu nous faire le
grand honneur de présider cette thèse,
en témoignage de notre respectueuse gratitude.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BABONNEIX

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

En témoignage de mon admiration et de ma reconnaissance pour la clarté et la précision de ce qu'il m'a appris et pour la bienveillance dont il a toujours fait preuve à mon égard.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

Accoucheur de l'Hôpital Lariboisière

Dont l'entrain a su rendre particulièrement agréables mes séjours dans son service, où il m'a dispensé un enseignement aussi lumineux que pratique, dont je lui suis bien respectueusement reconnaissant.

A MONSIEUR LE DOCTEUR POULIQUEN

Chirurgien de l'Hospice Civil de Brest

Associé National de l'Académie de Chirurgie

Qui a été l'inspirateur de cette thèse. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon respectueux dévouement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LANGRAND
Ancien Interne de l'Hôpital Saint-Joseph à Paris

Dont les conseils précieux m'ont
été si utiles. En témoignage de gra-
titude et d'affectueuse amitié.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI PHILIPPON
Ancien Interne des Hôpitaux

En remerciement de l'intérêt
qu'il m'a toujours porté, hommage
de mon affectueux attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JOSEPH CARAËS
Ancien Externe des Hôpitaux

Sous les auspices de qui je fais
mes débuts dans la carrière de mé-
decin praticien. En témoignage de
respect et de profonde gratitude
pour la bienveillance que j'ai tou-
jours trouvée près de lui.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEBILLEAU (de Nantes)

MONSIEUR LE PROFESSEUR LERAT (de Nantes)

MONSIEUR LE DOCTEUR BABONNEIX

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARVIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

MONSIEUR LE DOCTEUR TOURAINE

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARION

MONSIEUR LE PROFESSEUR CLAUDE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIEN

ABCÈS MÉSOCOELIAQUES

D'ORIGINE APPENDICULAIRE

HISTORIQUE

Les formes cliniques de l'appendicite sont extrêmement variables ; malgré la fréquence de cette affection, le diagnostic en est parfois difficile, précisément à cause de la multiplicité des aspects qu'elle peut présenter.

Ces formes cliniques s'expliquent en grande partie par le siège de l'appendice. En dehors de sa position normale, ce dernier peut être rétrocæcal, pelvien, sous-hépatique, beaucoup plus rarement MÉSOCOELIAQUE.

L'appendicite mésocœliaque n'est pas très connue et tout récemment Raoul-Charles Monod jugeait utile d'attirer l'attention des praticiens sur cette question : « J'ai eu l'occasion de m'apercevoir, dit-il, que l'appendicite mésocœliaque restait aujourd'hui encore ignorée de cliniciens même avertis. »

Pourtant, dès 1890, à peu près à la même époque où Mac Burney dégagait définitivement l'appendicite des paratyphlites et pérityphlites, Gerster faisait déjà

mention des abcès mésocœliques dans sa classification des abcès appendiculaires.

D'après lui il fallait distinguer :

1) abcès ilio-inguinal, situé derrière la paroi abdominale, un peu au-dessus du pli de l'aîne ;

2) abcès antérieur qui repose sur la face antérieure du cœcum et évolue vers l'ombilic ;

3) abcès postérieur ou rétrocœcal qui se dirige vers la fosse lombaire et simule un abcès périnéphrétique ;

4) abcès rectal ou prérectal ou pelvien, qui se développe dans le pelvis, entre le rectum et la vessie ou le vagin, autour d'un appendice plongeant dans le bassin ;

5) ABCÈS MÉSOCÆLIAQUE, développé en dedans du cœcum et limité de tous côtés par des anses intestinales, unies les unes aux autres par des adhérences.

Mais pendant bien des années la question n'attira pas particulièrement l'attention : en 1898, en étudiant les formes anormales de l'appendicite, Vautrin y fait simplement allusion. La même année, Jalaguier, dans son article paru dans le *Traité de Pathologie externe*, ne fait que rappeler la classification de Gerster. En 1897, Ch. Monod et Vanverts signalent simplement que les signes d'appendicite peuvent être localisés dans la région de l'hypogastre et de l'ombilic.

C'est seulement en 1914 que Bérard et Vignard, pour la première fois, consacrent dans leur livre un chapitre complet à l'appendicite mésocœliaque.

Forgue, dans son précis, consacre quelques lignes

à l'abcès mésocœliaque. Par contre, Lecène, dans son *Traité de Thérapeutique chirurgicale*, le passe complètement sous silence. Mondor, dans la première édition de son livre « *Diagnostics urgents* », consacre une demi-page, d'ailleurs suggestive, à cette question, mais dans la dernière édition il insiste beaucoup sur la difficulté du diagnostic et par le fait même sur le danger de l'appendicite mésocœliaque.

Enfin, tout récemment, Raoul-Charles Monod a fait un exposé complet du problème.

INTRODUCTION

Bérard et Vignard font remarquer à juste titre que le terme de « mésocoeliaque » n'indique pas une position nettement délimitée de l'organe : « Lorsque l'appendice se dirige en dedans, disent-ils, vers la ligne médiane, du côté de l'intestin grêle et de la grande cavité péritonéale, il peut occuper les positions les plus variables et les moins attendues. On le voit, suivant qu'il est court ou long, voisiner avec la terminaison du mésentère et de l'iléon, s'insinuer même, dans des cas très rares, entre les feuilletts du mésentère, remonter vers la région ombilicale, descendre au contraire au devant de la vessie, traverser la ligne médiane et se diriger vers la fosse iliaque gauche. »

Ou bien « en passant d'abord en bas et en arrière, au niveau du promontoire ou même de la symphyse, au-dessous de la masse grêle, l'appendice gagne la fosse iliaque gauche, en sorte que sauf disposition anormale du cœcum, ou longueur considérable de l'organe, l'appendicite à gauche ne doit être considérée que comme la variété la plus lointaine de l'appendicite mésocoeliaque. ».

On comprend, dès lors, que le tableau clinique ne soit jamais uniforme. Il varie suivant le siège exact

de l'appendice et surtout suivant le degré d'infection de cet organe.

Très souvent l'appendicite « EN PLEIN VENTRE » sera à l'origine d'une péritonite généralisée d'emblée et foudroyante, car si l'appendice présente un processus gangréneux à marche rapide, la séreuse court les plus grands risques d'être inoculée d'une façon massive avant que les anses grêles et l'épiploon aient pu limiter l'infection.

C'est dans ces cas d'ailleurs que des signes d'occlusion peuvent dominer le tableau et rendre difficile le diagnostic de péritonite appendiculaire. Le pronostic n'en est que plus sombre : « L'appendicite méso-cœliaque, écrit Mondor, est des plus graves ; elle a un couvercle insuffisant à limiter longtemps l'infection. L'appendice est sur la ligne médiane, haut ou bas, de l'ombilic au promontoire. Quelques anses grêles sont au-devant de lui, masquant le mal, ne l'enkysant que pour peu de temps, avec de frêles barrières, exposées elles-mêmes par leur obstruction à superposer aux signes d'une appendicite assez profondément tapie, ceux d'une occlusion à fleur de peau. Il n'y a peut-être pas de diagnostic plus malaisé parmi les formes obscures de l'appendicite ni de traitement plus complexe. »

« On comprend sans peine, écrit également Raoul-Charles Monod, que libre dans le ventre, devant l'iléon, au milieu des anses grêles, l'appendice, s'il est frappé de gangrène, menace dangereusement la

grande cavité péritonéale. Seules les anses grêles, l'épiploon peuvent, par des adhérences, limiter l'infection.

« Le plus souvent la péritonite s'étend avec une rapidité terrifiante. Elle est d'autant plus dangereuse qu'elle s'accompagne avec une réelle fréquence d'occlusion mi-mécanique, mi-paralytique. »

D'autres fois l'appendicite est moins aiguë; l'épiploon et les anses grêles arrivent à limiter l'infection. Ce sont ces cas qui déroutent le plus facilement l'observation, soit parce que le siège des symptômes et des réactions organiques n'est pas celui de l'appendicite, soit parce que ces symptômes eux-mêmes, du fait de certaines particularités, ne rappellent que de fort loin et pendant un temps très court ceux de la crise appendiculaire débutante ou confirmée.

Le diagnostic d'appendicite n'est pas fait; on n'intervient pas, et c'est ainsi que se collectent les ABCÈS MÉSOCÉLIAQUES qui font l'objet de notre thèse. Les observations n'en sont pas nombreuses. Les plus récentes sont celles de Mirizzi, Ingelrans, Minne, Bovier, Raoul-Charles Monod. Le Docteur Pouliquen a eu l'occasion d'en étudier trois cas, dont un avec Langrand: ce sont ces observations inédites qui nous permettent de revenir encore une fois sur cette question difficile. Le Docteur de la Marnierre nous a communiqué également une observation d'abcès mésocœliaque antérieur.

Après avoir étudié la symptomatologie et le diagnostic des abcès mésocœliaques d'origine appendiculaire, nous envisagerons plus particulièrement le traitement, qui n'est pas sans présenter de sérieuses difficultés.

ETUDE CLINIQUE

La symptomatologie des abcès mésocœliaques ne peut ressortir que des observations recueillies ; c'est pourquoi nous commencerons par donner « in extenso » les plus importantes qui aient été publiées ces dernières années. Ce sont celles de :

Mirizzi : 2 observations.

Bovier : 2 observations.

Monod : 2 observations.

Pouliquen : 2 observations.

OBSERVATION I

(MIRIZZI)

Un homme de 45 ans, agriculteur, entre à la clinique le 20 juillet 1924 : il a été pris, vingt jours auparavant, de douleurs intenses dans l'hypocondre droit, avec des vomissements continuels pendant deux ou trois jours. Il présente de brusques accès de fièvre pendant lesquels la température monte à 39 ou 40° ; matin et soir il a des frissons violents suivis de sueurs abondantes. Au septième jour, la douleur à l'hypo-

condre droit se calme et la souffrance se fait sentir plus bas dans la région appendiculaire.

A son entrée à l'hôpital, le malade est dans un état très grave; il est prostré, présente de la cyanose des extrémités, un teint subictérique. Le foie est gros et dépasse de deux travers le rebord costal. Il existe une douleur nette au point cystique et à la partie antérieure du 7^e espace intercostal. Autour du point de Mac Burney, on trouve un plastron excessivement sensible et submat à la percussion. Hyperesthésie dans la région inguinale droite. Zone sonore entre le foie et le plastron.

L'examen du sang sévèle 2.830.000 globules rouges et 13.400 leucocytes le 22 juillet; deux jours plus tard la leucocytose est de 35.400.

L'opération est pratiquée le 25 juillet, sous anesthésie rachidienne à la cocaïne.

Incision de Jalaguier: l'iléon adhère au cæcum et au côlon ascendant, l'abcès est développé derrière le mésentère. On circonscrit un point du mésentère en isolant la grande cavité au moyen d'une couronne de gaze et, après ponction, on effondre avec un clamp le mésentère dans un espace avasculaire: issue de 250 grammes de pus fétide; on place un tube de caoutchouc avec une couronne de gaze dans la cavité de l'abcès et on remplace la couronne de gaze externe.

Dans les jours suivants, le drain donne issue à un pus noirâtre fécaloïde; le quatrième jour s'établit une fistule stercorale, mais à ce moment l'état s'aggrave,

le subictère s'accroît ainsi que la prostration et le malade succombe le cinquième jour.

L'autopsie a permis de constater que la grande cavité péritonéale était libre de tout exsudat ; l'abcès a été drainé à travers le mésentère de la dernière anse iléale, le cæcum était partiellement nécrosé vers la cavité de l'abcès. Les vaisseaux mésentériques étaient entourés de pus et thrombosés jusqu'à la hauteur du côlon transverse, il y avait à ce niveau environ 100 cc. de pus.

OBSERVATION II

(MIRIZZI)

Un homme qui a été soigné comme diabétique a présenté depuis deux ans des douleurs dans la fosse iliaque droite avec nausées à trois reprises différentes.

Le 6 janvier 1928, vive douleur dans la fosse iliaque droite et vomissements. Un purgatif rend les douleurs plus aiguës et la fièvre apparaît.

Il entre à la clinique le 17 janvier 1928, présentant un plastron au-dessous et à droite de l'ombilic avec hyperesthésie cutanée. Leucocytose de 15.300.

Le 24 janvier, on compte 20.000 globules blancs. Le plastron primitif a augmenté notablement sans arriver à se mettre en contact avec l'arcade crurale.

L'opération est décidée et pratiquée le jour même. Anesthésie à l'éther. Incision de Jalaguier. On

décide de provoquer une péritonite plastique par un tamponnement : l'abcès est masqué par une anse iléale et son mésentère.

Quarante-huit heures après, sous anesthésie générale, l'index fraie doucement une voie jusqu'à la collection d'où sortent 50 centimètres cubes environ de pus fécaloïde. Le lendemain, l'état général est mauvais, le pouls fréquent, la langue sèche, mais dès le jour suivant l'amélioration est notable : la suppuration est abondante.

Deux jours après se déclare une parotidite qu'on est obligé d'inciser, puis la guérison se poursuit sans nouvel incident et le malade sort de l'hôpital dans les premiers jours de mars 1928.

OBSERVATION I

(BOVIER)

Mme M..., 73 ans, est prise, le 10 décembre dans la nuit, de douleurs abdominales sans vomissements. Sa température s'élève à 38° pour redescendre dès le lendemain ; mais elle continue à souffrir du ventre et présente de la constipation sans occlusion vraie. Un médecin la soigne et pense à des manifestations gastro-intestinales banales chez une femme âgée. Le 18, la température s'élève à 39°, le ventre se ballonne, les douleurs augmentent. Je suis appelé le 19. Météorisme, douleurs diffuses avec maximum à la pression

dans la fosse iliaque droite; au toucher vaginal on devine, très haut et à droite, une grosse masse douloureuse. Je pense à un abcès appendiculaire en faisant *toutefois des réserves sur la possibilité d'un kyste suppuré de l'ovaire*. J'interviens le lendemain, 20 décembre.

Anesthésie locale iliaque droite, incision de Mac Burney, décollement rétrocaecal poussé très loin puis abandonné, car j'ai l'impression qu'il m'éloigne du foyer.

Par la même incision, je pénètre dans le péritoine. Je tombe sur des anses grêles libres. Au bout du doigt, je sens une grosse masse en direction de la vessie. L'incision iliaque est refermée. Anesthésie générale à l'éther et laparotomie médiane sous-ombilicale. Là encore le péritoine est libre. Protection soigneuse. La lésion est profondément située au contact de la vessie, de l'utérus et du cæcum. En décollant progressivement les anses grêles, j'ouvre une collection contenant environ 300 grammes de pus fétide. Je mets la cavité à plat, je l'explore rapidement : elle ne présente pas de diverticule; je ne sens pas l'appendice et m'abstiens systématiquement de le rechercher. Je termine rapidement par la mise en place d'un Mickulicz. L'intervention n'a pas été longue et malgré son âge la malade n'est pas choquée.

Les suites sont très favorables malgré une parésie intestinale qui cède à deux injections intra-veineuses de sérum hypertonique.

Les mèches sont enlevées au troisième jour, le sac au neuvième; la température descend, l'état général se remonte progressivement, si bien qu'au dix-septième jour, au cours du dernier pansement, auquel assistait le mari, nous décidons le départ. Au moment de prendre congé de la malade, je lui trouve subitement le facies grippé. Je m'approche et prends son pouls qui est franchement mauvais. Au même instant elle accuse un malaise avec angoisse, oppression et sensation de constriction thoracique. Immédiatement nous mettons tout en œuvre pour lutter contre le collapsus cardiaque; mais, après quelques améliorations passagères, la malade meurt au bout d'une heure environ.

Malgré un état variqueux marqué des membres inférieurs, jamais il n'y a eu trace de phlébite. Par contre, pendant quelques jours il y avait eu un peu d'œdème des lèvres, signe de thrombose abdominale sur lequel, je crois, insiste Ducuing dans son travail sur les phlébites.

OBSERVATION II

(BOVIER)

M. G..., 59 ans, fait une grippe légère vers le 15 décembre, puis le 20 il présente une vive douleur abdominale avec dysurie et élévation thermique passagère au voisinage de 39°. C'est un bronchitique chro-

nique ; il tousse et crache et cela contribue à égarer le diagnostic de son médecin. Cependant, au bout de quelques jours, la douleur abdominale, la constipation, les épreintes rectales ramènent l'attention sur le ventre. Je vois le malade le 30 décembre et, pensant à un abcès appendiculaire, je fais pratiquer un examen de sang. La formule leucocytaire est des plus nettes : il y a 19.000 globules blancs dont 85 % de polynucléaires. (Laboratoire Durupt.)

L'opération a lieu le 31 décembre. Anesthésie générale à l'éther, Mac Burney, décollement extra-péritonéal du cæcum, sans succès ; par la même incision, on pénètre dans le péritoine et l'on tombe d'emblée sur des anses grêles agglutinées réalisant le cloisonnement et l'isolement de la lésion. Leur décollement est poursuivi en direction de la vessie, et très loin vers la ligne médiane on ouvre un gros abcès extrêmement fétide. Il est asséché, puis drainé (drains et mèches). Pas un fil sur la paroi. Dans les jours suivants, grosse bronchite sans foyer de congestion cliniquement décelable ; parésie intestinale qui cède à 150 cc. de sérum hypertonique intraveineux en quatre fois. Au douzième jour, phlébite de la jambe droite qui suit son évolution normale, actuellement guérie.

OBSERVATION I

(R.-CH. MONOD)

Un garçon de 11 ans est pris brusquement, le 29 décembre 1931, de douleurs dans le ventre avec

vomissements et diarrhée (7 selles dans les 24 heures). Le médecin appelé pense à une appendicite, mais ne trouve ni contracture ni même défense musculaire. La palpation de tout le ventre est modérément douloureuse avec prédominance au creux épigastrique et autour de l'ombilic. La fosse iliaque droite est souple et indolore. Température $38^{\circ}2$.

Le lendemain et les jours suivants, les douleurs s'apaisent. Le 2 janvier l'enfant se lève, mais le 3 les douleurs reprennent et le 4 le médecin est de nouveau appelé. la température ne dépasse toujours pas 38° , le ventre reste partout parfaitement souple et indolore à la palpation ; le 6 janvier, brusquement la situation s'aggrave : la température monte le soir à $39^{\circ}5$ et les douleurs deviennent atroces, dans la nuit elles ne cessent pas et ne laissent à l'enfant aucun repos.

Nous sommes appelé à voir le malade le 7 janvier dans l'après-midi : il est couché sur le dos, les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses sur le bassin, les genoux ramenés à la hauteur du menton. L'enfant gémit sans arrêt et par moments pousse un cri plus violent qui paraît lui être arraché par un paroxysme douloureux. Température 37° , pouls 90.

Le ventre est souple partout sauf au niveau du creux épigastrique où la défense musculaire est nette. La douleur empêche toute palpation à ce niveau. Le malade est transporté à la maison de santé.

A 18 heures, l'enfant est beaucoup plus calme et

ne paraît plus souffrir. La défense musculaire persiste cependant au niveau du creux épigastrique et toute la région péri-ombilicale est encore douloureuse à la palpation.

De plus, nous voyons se dessiner à droite de l'ombilic, sous le grand droit, une voussure saillante, sonore, et qui nous paraît par instants changer de volume. Nous pensons qu'il s'agit d'une anse intestinale distendue et songeons à une invagination intestinale, tout en faisant des réserves pour une forme anormale d'appendicite.

Il faut noter que l'enfant a eu une selle deux jours avant et n'a pas cessé depuis de rendre des gaz par l'anus. L'opération est pratiquée à 21 heures. Incision sur le bord externe du droit : le ventre ouvert, on découvre tout de suite une volumineuse tumeur rétro-péritonéale, haut située, dans la région pancréatique. On se demande s'il ne s'agit pas d'un kyste du pancréas. La ponction donne issue à des gaz : on craint un instant d'avoir ponctionné une anse intestinale. On se porte alors vers le cæcum : on trouve sans peine l'angle iléo-cæcal, mais on ne voit pas l'appendice. On en conclut que l'appendice est rétro-cæcal et que la tumeur sous-péritonéale est un abcès appendiculaire.

Après avoir protégé avec de grandes compresses la grande cavité péritonéale, on plonge un trocart dans la poche d'où s'écoule une grande quantité de pus et de gaz d'odeur fécaloïde. Un drain est placé dans la cavité de l'abcès, une couronne de mèches tout autour.

Le lendemain matin : température à 38° , pouls à 100 bien frappé, miction spontanée. L'impression est favorable, mais vers le soir, le pouls s'accélère et quarante-huit heures après l'enfant succombe avec tous les signes d'une intoxication aiguë.

OBSERVATION II

(R.-CH. MONOD)

C..., 5 ans, pas d'antécédents pathologiques. Se plaint, le 14 octobre 1932, de douleurs dans le ventre s'accompagnant de vomissements et d'une diarrhée séreuse abondante. Le médecin appelé trouve le ventre souple sans aucun point douloureux localisé. Température $38^{\circ}1$ le matin, $38^{\circ}9$ le soir, bon pouls, bon état général, quelques râles de congestion aux bases. La température monte à 40° le lendemain soir pour redescendre ensuite progressivement. Le 17, $37^{\circ}5$ le matin, 38° le soir ; le 19, $37^{\circ}6$ le matin, $37^{\circ}8$ le soir. Le médecin qui suit l'enfant trouve toujours le ventre parfaitement souple sans aucun point douloureux.

Le 22, la température remonte à $38^{\circ}5$ le matin, 39° le soir et je suis appelé à voir la petite malade le 23. J'apprends les faits exposés plus haut et que de temps à autre, depuis plusieurs jours, l'enfant pousse un cri en montrant son ombilic, puis redevient calme et ne se plaint plus pendant plusieurs heures. Il existe de plus, ce jour-là, une résistance très mani-

feste dans l'hypocondre droit, sans que la palpation réveille au reste aucune douleur bien vive. Instruit par l'expérience, je pose cependant sans hésitation le diagnostic d'appendicite mésocoeliaque et opère aussitôt.

Opération le 23 octobre 1932. Incision sur le bord externe du droit; le ventre ouvert, je vois en dedans du côlon transverse soulevant le péritoine une grosse tuméfaction qui me paraît être avec certitude un abcès d'origine appendiculaire. Je referme aussitôt le péritoine dans toute la partie inférieure de l'incision, puis glisse devant le côlon ascendant deux petits champs tétra. Alors seulement j'incise le péritoine le long du bord externe du côlon ascendant et décolle doucement l'intestin de la paroi postérieure; j'arrive ainsi progressivement vers l'abcès, dans lequel mon doigt pénètre sans peine, donnant issue par voie rétrocolique à une très grosse collection de pus très fétide. Suites simples. La suppuration, très abondante les premiers jours, diminue ensuite progressivement et l'enfant rentre chez elle trois semaines après, guérie. L'appendice a été enlevé six mois plus tard.

OBSERVATION I

(POULIQUEN)

Mme Tr... est vue pour la première fois par son médecin le 16 mars 1934. Elle était souffrante depuis

huit jours mais, habitant en pleine campagne, elle se contentait des soins d'une infirmière bénévole. Elle n'avait pas pris sa température mais se plaignait de douleurs abdominales sans vomissements. Dans ses antécédents, aucun signe de crises appendiculaires.

Le médecin ne la voit que le neuvième jour; il constate une tuméfaction douloureuse de la région sous-ombilicale et sans faire un diagnostic précis l'adresse au chirurgien.

A son arrivée à la clinique, la température était de 39°, la malade souffrait de crises très douloureuses dans le ventre à tel point qu'elle réclamait elle-même l'intervention.

Au-dessous de l'ombilic, sur la ligne médiane, on sentait dans la profondeur une masse arrondie, volumineuse, très sensible à la palpation, pas de matité à la percussion.

On pense vaguement à un kyste suppuré, mais le siège de la tumeur était trop bas pour un kyste de l'ovaire; en raison de la localisation médiane, on ne prononça pas le mot d'appendicite.

On intervient par une incision médiane sous-ombilicale et l'on tombe en péritoine libre. En écartant les anses grêles on remarqua de suite que le péritoine postérieur bombait, soulevé de toute évidence par une collection purulente.

Une couronne de compresses fut placée pour bien protéger le péritoine et ce barrage fut bien fixé par deux valves de Doyen enfoncées profondément.

Ne disposant malheureusement pas d'aspirateur, on fut obligé de rompre l'abcès avec une pince mousse. Du pus fétide fit irruption et fut tamponné avec soin. Il s'agissait certainement de pus appendiculaire d'après son aspect et son odeur.

Une fois la poche évacuée, les valves furent enlevées et certaines compresses trop souillées furent remplacées et d'autres furent posées tout autour d'un gros drain central.

Les suites opératoires furent simples.

La température tomba immédiatement et la malade sortit de la clinique au bout de quatre semaines. Depuis elle se porte bien, mais se plaint encore de douleurs qui sont certainement dues à des adhérences intestinales ou à une légère éventration.

OBSERVATION II

(POULIQUEN et LANGRAND)

Mme Alexandre..., 50 ans. Consulte au cabinet du médecin le 5 août 1937 pour une douleur au niveau de la région appendiculaire. La température, à ce moment, était de $38^{\circ}2$; la malade souffrait depuis deux ou trois jours; la pression au point de Mac Burney était douloureuse et le diagnostic d'appendicite semblait s'imposer.

La malade refuse l'opération et rentre chez elle se soigner. Deux jours après (le 7 août) elle appelle le

médecin, qui constate une tuméfaction abdominale du côté droit du ventre et une température de $39^{\circ}5$; il conseille de nouveau l'opération qui, cette fois, est acceptée.

La malade entre le 8 août à la clinique. A ce moment, on sent très bien une masse malgré l'épaisseur de la paroi ; elle est bas située et un peu trop médiane pour un abcès appendiculaire, si bien qu'à la rigueur on pourrait penser à un kyste de l'ovaire. Cependant, à cause de l'évolution de la maladie, on penche plutôt pour une collection appendiculaire et on fait une incision de Jalaguier.

A l'ouverture, on tombe en péritoine libre et la masse est en dedans du cæcum, si bien qu'il paraît impossible de songer à décoller ce dernier comme on l'aurait pu faire pour un abcès rétro-cæcal. Avec de longues valves de Doyen on écarte les anses grêles et on a l'impression d'être de suite sur l'abcès qui n'est pas rétro-péritonéal. Avec précaution et difficulté à cause de l'épaisseur de la paroi, on place une série de mèches, et quand toutes les anses paraissent protégées, on rompt la collection à l'aide d'une pince mousse et un flot de pus fétide s'échappe.

Après avoir épongé on rectifie la place des mèches en changeant les plus souillées et un gros drain est placé au centre.

Les suites sont normales : la température descend dès le lendemain et la malade sort le 25 août avec une plaie en bonne voie de cicatrisation.

Ces observations détaillées nous permettent de déduire DEUX PHASES dans l'étude clinique des abcès mésocoeliaques d'origine appendiculaire. La première est celle d'une appendicite qui passe inaperçue parce que la symptomatologie est anormale du fait que l'appendice est méso-coeliaque.

La seconde commence vers le dixième jour après le début des troubles observés : c'est celle de l'abcès collecté ; abcès plus ou moins profond et susceptible de siéger à une hauteur qui va du détroit supérieur à la région correspondant à l'ombilic. Plus bas il s'agit de collections pelviennes.

Les troubles fonctionnels qui marquent LA PÉRIODE DE DÉBUT sont ceux d'une appendicite fruste. « Au point de vue clinique, écrit Bovier, je veux d'abord retenir la bénignité paradoxale de l'atteinte primitive. Dans les deux observations que j'apporte, le peu de gravité du syndrome abdominal, l'absence de vomissements, le caractère sourd et diffus des douleurs, la fièvre peu élevée et surtout passagère, avaient détourné les médecins du diagnostic d'appendicite, ou plus généralement de péritonite. » A propos des observations qu'il apporte, Raoul-Charles Monod écrit : « Dans l'une comme dans l'autre, les signes physiques abdominaux furent nuls pendant les premiers jours. On ne songea pas à l'appendicite ou, s'il fut mis en cause, l'accusation fut trop incertaine pour que soit provoquée l'intervention chirurgicale. »

Chez une de nos malades, le diagnostic d'appendi-

cite fut fait par le médecin, mais c'est parce que la malade refusa de se faire opérer que l'affection évolua vers la formation d'un abcès méso-coélique. Ces cas sont heureusement rares aujourd'hui.

Un signe sur lequel insiste Bovier, c'est la dysurie. « Il ne s'agit nullement de rétention, mais bien de douleur très vive à la miction. » Ce fait n'est pas signalé dans les autres observations; il traduit vraisemblablement un contact de l'abcès avec la vessie.

Bénignité, anomalie des symptômes, telles sont les deux caractéristiques de cette période de début. Bien entendu, il faudrait penser à l'appendicite et, par le fait même, intervenir d'urgence. Pour une raison ou pour une autre, le diagnostic n'est pas fait.

Les phénomènes semblent rétrocéder pendant quelques jours; puis assez rapidement la douleur se fait sentir à nouveau, la température monte très nettement au-dessus de la normale; à la palpation on délimitera un plastron plus ou moins facilement suivant la profondeur de ce dernier; l'abcès est en train de se former. Il y a un peu plus d'une semaine que les premiers troubles se sont manifestés.

C'est l'abcès collecté qui caractérise la PÉRIODE D'ÉTAT. Il peut être très antérieur, situé soit un peu à droite de la ligne médiane, soit franchement sur la ligne médiane au-dessous de l'ombilic ou au niveau de l'hypogastre. Le premier exemple nous est fourni par une des plus anciennes observations d'appendicite, celle que publia Métivier dans le « Journal de Méde-

cine et de Chirurgie » de 1759, sur une tumeur (un abcès) située près de la région ombilicale et occasionnée par une épingle trouvée dans l'appendice vermiculaire du cœcum.

Schwartz, à la séance de la Société de Chirurgie du 25 juillet 1904, communiqua l'observation d'un jeune homme de vingt ans, chez lequel en l'espace de dix ans était apparu, à la suite de crises douloureuses, un abcès qui par trois fois avait été ouvert à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. L'opération à froid lui fit découvrir un appendice perdu au milieu des franges épiploïques adhérentes en ce point.

Gerster dans le *New-York Méd. Journal* du 5 juillet 1890, attire l'attention sur les localisations hypogastriques ou sous-ombilicales basses de ces formes méso-cœliques, par une observation dans laquelle l'abcès était formé dans l'espace de Retzius, et s'accompagnait de crises vésicales si vives que le chirurgien redouta, à un moment donné, son ouverture dans la vessie.

Ces abcès donnent l'impression d'une vessie distendue et qui bombe sous les doigts, illusion d'autant plus plausible qu'il n'est pas rare d'assister, au cours d'une crise appendiculaire de siège normal, à des phénomènes de parésie vésicale qui obligent de recourir au cathétérisme. Sous la poussée envahissante de la suppuration, la cavité prévésicale peut servir de poche d'expansion au pus : ainsi se forment des ABCÈS PRÉ ET PÉRIVÉSICAUX, dont l'ouverture s'impose et dont l'origine peut paraître douteuse, faute de la

preuve que constituerait la découverte souvent fort difficile de l'appendice plus profondément situé.

Tuffier, dans les cliniques de l'Hôpital Beaujon, en 1894, en a rapporté un cas typique.

Ces abcès sous-ombilicaux paramédiants ou hypogastriques sont susceptibles d'envahir les plans superficiels, au point d'en imposer pour des abcès primitifs des parois abdominales, de la gaine des droits et de la cavité de Retzius. Bérard et Vignard rapportent une observation d'appendicite mésocœliaque ayant provoqué une collection sous-aponévrotique de la paroi abdominale. Brun, dans la *Presse Médicale de Juillet* 1896, cite une observation d'abcès d'origine appendiculaire développé dans la cavité de Retzius.

Bien entendu tout donne à penser que si la collection purulente est antérieure les signes d'appendicite au début doivent être évidents. Les observations que nous citons sont anciennes : elles datent d'une époque à laquelle bien des praticiens ne connaissaient pas beaucoup l'appendicite et où l'intervention urgente n'était pas considérée nécessaire.

Cependant le Docteur de la Marnierre a eu l'occasion d'en rencontrer un cas il y a quelques années dans les circonstances suivantes :

Un médecin très averti est appelé le 2 avril 1935 pour voir un enfant de 13 ans qui vomit et souffre dans le ventre. A la palpation on ne révèle de la douleur que dans la fosse iliaque gauche. A cause du siège anormal de la douleur le médecin élimine le diagnostic d'appendicite.

Une semaine après il est appelé à nouveau parce que la douleur persiste et que le malade fait de la fièvre. Il constate alors la présence d'un plastron médian sous-ombilical. Une tuméfaction douloureuse se précise un peu à la fois et qui présente tous les signes d'un abcès.

Au toucher rectal on ne sent pas l'abcès bomber dans le rectum.

Le 18 avril, seize jours après les premiers troubles, l'intervention est décidée. On fait une incision médiane sous-ombilicale qui donne accès à du pus fétide présentant tous les caractères du pus appendiculaire.

A la suite du drainage le malade guérit assez rapidement.

Les abcès qui ont été décrits dans les observations que nous citons plus haut sont PROFONDS, plus ou moins médians, masqués par des anses intestinales et de l'épiploon qui donnent à la palpation l'impression de collections purulentes plus abondantes qu'elles ne sont en réalité. La délimitation n'en est pas nette, d'autant moins qu'il existe souvent une contracture musculaire très marquée. Comme nous l'avons dit le siège en est variable : il est parfois péri-ombilical comme dans le premier cas observé par Monod. Il peut être plus bas situé et alors seulement on peut sentir à bout de doigt, par le toucher rectal ou vaginal, la face inférieure de l'abcès.

Bien entendu l'intervention est indiquée ; la tendance de l'abcès est de s'ouvrir soit en péritoine libre, soit

dans l'intestin ; mais on ne peut compter sur cette dernière éventualité.

Certes l'intervention n'amène pas toujours la guérison : le malade est trop fatigué, trop infecté. Parfois l'embolie peut survenir comme dans le premier cas rapporté par Bovier. Ce dernier signale également dans sa deuxième observation une phlébite de la jambe droite au douzième jour après l'opération. Mirizzi fit l'autopsie de son premier malade et constata que « les vaisseaux mésentériques étaient entourés du pus et THROMBOSÉS jusqu'à la hauteur du colon transverse ».

Cette tendance à la thrombose des vaisseaux en contact avec un foyer infecté n'a pas à nous étonner, mais elle semble être particulièrement fréquente dans ces cas d'abcès mésocœliaques.

DIAGNOSTIC

Cette étude clinique, quoique sommaire, permet de se rendre compte de la difficulté du diagnostic.

Nous ne reviendrons pas beaucoup sur la PÉRIODE DU DÉBUT où l'on pense surtout à des troubles gastro-intestinaux banaux. Quand on soupçonne une appendicite chez un sujet qui vomit et souffre dans le ventre il faut savoir chercher un point douloureux en dedans du point de Mac Burney. Cette douleur provoquée, même si elle siège dans la région sous-ombilicale, devra faire penser à l'appendicite. Hélas ! il y a des cas où la palpation du ventre ne révèle rien de particulier.

La période d'état à elle seule pose de nombreux problèmes : c'est tout d'abord le diagnostic de collection purulente qu'il faut établir. La douleur et la défense musculaire d'une part, la température d'autre part en sont les signes les plus importants. La numération globulaire peut être utile dans les cas difficiles.

Le SIÈGE de l'abcès n'est pas toujours facile à préciser non plus. La palpation est le premier moyen d'investigation ; mais si le malade se défend ou si la paroi abdominale est épaisse le problème est délicat.

Le toucher rectal ou vaginal doit toujours être fait.

La percussion permet de dire si un abcès est antérieur ou profond, suivant qu'on trouve de la sonorité ou de la matité.

Lauret et Westerborn préconisent l'examen radiographique dans les cas épineux. A plusieurs reprises ils auraient reconnu le siège de l'abcès grâce à l'écran.

Pour faire le DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE de la lésion, il faut surtout se baser sur les antécédents. La douleur dans le ventre, les vomissements survenus une dizaine de jours ou davantage avant la constatation de la collection doivent faire penser à l'origine appendiculaire.

Cependant, chez la femme, il sera difficile d'éliminer le diagnostic de kyste suppuré de l'ovaire : Bovier y pensait dans le premier cas qu'il signale ainsi que Pouliquen et Langrand dans leur dernière observation.

Chez l'enfant et surtout chez la fillette on peut penser à la péritonite enkystée à pneumocoques, mais alors les antécédents ne sont plus les mêmes du tout. La péritonite enkystée succède à une phase de péritonite diffuse tout à fait caractéristique.

L'abcès péricolique et surtout l'abcès secondaire à un cancer de l'intestin sera le plus difficile à distinguer si son siège est médian. Ici encore ce sont les antécédents et les troubles concomitants qui devront orienter le diagnostic. D'ailleurs dans l'un comme dans l'autre cas l'intervention chirurgicale est toute indiquée.

TRAITEMENT

Il est certainement indiqué de parler de TRAITEMENT PRÉVENTIF de l'abcès mésocœliaque d'origine appendiculaire. Ce traitement consiste à reconnaître la crise d'appendicite qui peut être à l'origine d'un abcès et à procéder d'urgence à l'appendicectomie. Nous avons insisté suffisamment sur les difficultés du diagnostic à cette période du début pour qu'il soit utile d'y revenir. Ce qui importe c'est que le médecin soit prévenu de l'existence de cette appendicite à symptomatologie fruste et anormale et que si quelques troubles fonctionnels tels que vomissement, légère température, douleur vague dans le ventre se manifestent en même temps, il n'hésite à conseiller l'intervention MÊME SI LE SIÈGE DE LA DOULEUR A LA PALPATION EST PRESQUE MÉDIAN.

Ce que nous avons surtout à envisager c'est le traitement de L'ABCÈS COLLECTÉ et diagnostiqué. Nous disons abcès collecté car il faut attendre que l'abcès soit collecté pour intervenir. Le médecin qui a vu un malade pour lequel il a pensé à de simples troubles gastro-intestinaux et qui est appelé à nouveau une semaine après parce que le patient souffre davantage, présente une température très élevée et a vomi une ou

plusieurs fois, ce médecin s'il constate une défense musculaire, une rénitence plus ou moins médiane et profonde, pensera tout de suite à un plastron appendiculaire et dans ce cas comme dans les autres il devra se comporter de la même façon : diète hydrique, glace sur le ventre, surveillance attentive.

A ce moment les phénomènes peuvent encore rétrocéder et le plastron disparaître ; mais les troubles peuvent également augmenter et traduire la formation de l'abcès. Même alors il ne faut pas se précipiter pour intervenir ; la température d'ailleurs sera le principal guide du chirurgien.

Bien entendu il est difficile de préciser la date optima pour intervenir : tous les cas sont des cas d'espèce et c'est au chirurgien de savoir attendre suffisamment que l'abcès soit collecté et de ne pas différer trop longtemps le temps de l'opération afin que le malade ne soit pas trop fatigué. Encore une fois il est impossible de donner une règle fixe en cette matière.

D'ailleurs, souvent, le médecin et par le fait même le chirurgien seront appelés à voir le malade assez tardivement. Le malade est assez fatigué, la température est élevée et oscillante, on sent et on délimite plus ou moins bien une masse abdominale suppurée. Le diagnostic de collection infectée est assez facile à faire ; celui de l'étiologie ne sera pas toujours facile.

Quoi qu'il en soit, l'intervention est indiquée et c'est ici qu'il faut envisager différents cas. Le plus facile est celui de L'ABCÈS ANTÉRIEUR. A l'anesthésie locale

ou bien avec un peu d'évipan il est facile d'ouvrir cet abcès dont le pus fétide signera l'origine appendiculaire. Il suffira de mettre un drain ou une mèche car l'appendicectomie n'est pas à envisager à ce moment.

Si l'abcès est bien collecté le pronostic est favorable. Quelques mois plus tard il vaudra mieux rechercher ce qui reste d'appendice, car nous avons cité des cas où le moignon appendiculaire a été à l'origine d'autres abcès.

La question du traitement de L'ABCÈS PROFOND est plus complexe. Deux principes doivent dominer la conduite à suivre : 1°) aller à l'abcès par le plus court chemin ; 2°) éviter d'infecter le péritoine libre.

Dans les deux cas qu'il rapporte, Mirizzi a pratiqué une incision de Jalaguier, ce qui l'a conduit en péritoine libre. Dans le premier cas, il a ouvert l'abcès à travers le mésentère dans un point avasculaire ; la protection réalisée par les compresses de gaze a permis d'éviter la contamination du péritoine. Mais Mirizzi ajoute qu'il a vu des chirurgiens expérimentés perdre leur malade pour avoir ouvert des abcès postérieurs à travers la cavité péritonéale libre en la défendant au moyen d'une barrière de gaze.

L'ouverture de l'abcès n'a pas suffi à éviter l'issue fatale ; le malade était dans un état grave et présentait une thrombo-phlébite mésentérique.

L'autopsie a montré qu'il y avait une fusée purulente autour des vaisseaux mésentériques et près de 100 centimètres cubes de pus en rétention.

Dans le deuxième cas, les symptômes sont moins alarmants, Mirizzi a eu recours à une ouverture en deux temps : il a d'abord provoqué des adhérences par un tamponnement et a ouvert l'abcès le lendemain en dissociant au doigt les adhérences sous l'iléon ; cette technique a été couronnée de succès et le malade a guéri.

A propos de ces observations, Pierre Mocquot, qui était rapporteur, dit que l'incision de Jalaguier utilisée par Mirizzi n'est pas celle à qui il aurait donné la préférence. « Elle a conduit dans les deux cas en péritoine libre : il a ouvert le premier abcès à travers le mésentère et le second en décollant l'iléon... »

...Je préférerais faire une incision très externe et même postérieure, comme l'incision recommandée par Lecène, et aborder l'abcès par la voie sous et rétro-cœcale ; je ne comprends pas bien pourquoi elle apparaît à notre confrère si dangereuse et je crois qu'elle aurait permis de réaliser, sans risquer de contaminer la grande cavité, un meilleur drainage de l'abcès ».

Mais précisément Bovier, dans ses deux observations, dit qu'il a essayé en vain le décollement rétro-cœcal « poussé très loin » et qu'il a dû abandonner cette voie parce qu'il avait l'impression qu'il s'éloignait du foyer : ce qui prouve qu'elle n'est pas toujours possible.

Elle n'est pas toujours sans danger non plus : la première fois que Pouliquen a rencontré un pareil abcès il a essayé également la voie rétrocœcale après

incision externe. Comme il décollait le cœcum de la paroi postérieure, il eut brusquement l'impression que l'abcès s'ouvrait dans la cavité péritonéale : un bruit particulier, presque une sensation tactile ne pouvaient que traduire cet accident. Il ne trouva un peu de pus qu'après avoir été un peu plus loin derrière le péritoine. La malade mourut une dizaine d'heures après, avec un syndrome d'intoxication suraiguë.

Par contre Raoul-Charles Monod, dans sa deuxième observation, ayant découvert l'abcès en dedans du côlon ascendant par laparotomie latérale droite, referme l'incision le plus haut possible, glisse deux petits champs tétra devant le côlon dans la partie haute de l'incision puis incise l'abcès par voie rétrocolique. Le malade guérit.

Dans les deux cas que nous rapportons, l'intervention se fit en un temps et à travers le péritoine libre. Bien entendu la cavité péritonéale fut soigneusement protégée à l'aide de compresses et de valves de Doyen : ce temps est capital ; mais Pouliquen s'efforça aussi d'éponger le pus au fur et à mesure qu'il apparaissait. Dans le premier cas l'abcès était rétropéritonéal et la ponction eût été très facile. Très aisément on aurait pu vider l'abcès avec une seringue ou un aspirateur et un gros trocard. La cavité péritonéale n'aurait pas été souillée du tout.

Somme toute cette technique est celle qu'a conseillée J.-L. Faure dans certaines collections salpyn-giennes qui sont plutôt abdominales que pelviennes,

qu'on ne peut aborder par la voie vaginale. Cette voie d'abord transpéritonéale a été qualifiée par son auteur du terme de « colpotomie haute », appellation illogique certes, mais combien expressive.

Mais il peut arriver qu'ayant préalablement ouvert le péritoine on constate, comme dans l'observation d'Ingelrans et Minne, que la cavité étant libre, la collection sous-jacente aux anses grêles se prolonge vers la fosse iliaque gauche et le promontoire. Sage-ment ils n'insistèrent pas, mais ayant fermé le ventre ils incisèrent l'abcès qu'ils purent aborder par le rectum.

Il semble donc qu'il soit difficile de donner une seule ligne de conduite à suivre devant un abcès mésocoélique. Comme nous le disions au début le terme de « mesocoélique » indique simplement que l'abcès siège en dedans du cœcum, mais il peut être plus ou moins médian, plus ou moins haut, plus ou moins profond, pré ou rétro-iléal, pré ou rétro-péritonéal. Ce qui importe donc c'est d'étudier avec soin avant l'intervention la situation et la limite de l'abcès.

Le toucher rectal ou vaginal doit être pratiqué : souvent on ne sent rien de particulier, mais parfois on aura la surprise de sentir la paroi antérieure du rectum bomber et s'offrir à l'opérateur. Il faut dire que dans ces cas l'abcès est pelvien en partie ; en tout cas, il n'y a pas de doute que cette voie de drainage n'offre que des avantages. Auguste Broca, dès 1901, à Paris, s'est fait le défenseur de cette voie. Bérard et Patel, à

Lyon, en confirmaient, en 1903, la parfaite innocuité.

Quand l'abcès est relativement externe, la voie extra-péritonéale rétro-cœco-colique est certainement la plus indiquée. Faut-il alors, comme Monod dans sa deuxième observation, utiliser l'incision de Jala-guier et pratiquer le décollement rétro-cœco-colique « de visu » après avoir protégé la cavité péritonéale, ou bien, comme le conseille Mocquot, faire une incision très externe et même postérieure et aborder l'abcès par la voie sous et rétrocœcale de telle façon qu'on reste en dehors du péritoine ? A priori cette seconde méthode semble être de beaucoup la meilleure : Pouliquen l'avait suivie la première fois et nous avons vu que l'abcès s'était rompu en péritoine libre. Nous pensons, certes, qu'il s'agit là d'une rareté, mais cependant Pouliquen n'a plus osé procéder de la même façon la fois suivante.

Pour les abcès mésocœliaques collectés entre le pubis et l'ombilic, au milieu des anses grêles, Michel Béchet et Montagnier conseillent l'abord par décollement du péritoine postérieur de bas en haut. C'est la voie préconisée par Orthner : incision curviligne sus-inguinale et sus-pubienne, section du grand oblique, du petit oblique et du transverse, mais aussi d'une partie du muscle grand droit. Il faut décoller le péritoine comme dans la ligature de l'artère iliaque externe, mais en remontant plus haut et plus en dedans. On récline ainsi doucement et progressivement le cul-de-sac péritonéal jusqu'à l'abcès qui est effondré avec le doigt.

« Cette technique, écrit Monod, nous paraît la meilleure et la moins dangereuse ». Personnellement, nous ne connaissons pas de cas où elle fut employée et nous ne voyons son utilité que si l'abcès est rétro-péritonéal ou adhérent à la paroi postéro-externe et bas situé.

Mais l'abcès peut n'être accessible ni par voie rectale ou vaginale ni par voie rétro-péritonéale : c'est le cas des observations de Mirizzi, de Bovier, de la première de Monod et de notre première. Nous avons dit comment Pouliquen, après avoir protégé le péritoine à défaut de ponction, s'efforça d'éponger le pus au fur et à mesure qu'il sortait de l'abcès. Ce détail de technique nous semble très important et c'est pourquoi nous y revenons.

Raoul-Charles Monod, qui ouvrit simplement l'abcès après avoir protégé la grande cavité péritonéale avec de grandes compresses, écrit : « J'ai certainement eu tort. Si même j'avais hésité à aborder la collection après fermeture du péritoine à cause de son siège très élevé et difficilement accessible par voie rétro-péritonéale, j'aurais mieux fait en tout cas de ne pas l'ouvrir d'emblée et de suivre la conduite que préconisait le Professeur E. Quenu, d'établir au contact de l'abcès un drainage d'appel, l'abcès n'étant ouvert que quarante-huit heures plus tard ». C'est ce que fit avec succès Mirizzi et nous croyons que cette façon de procéder est à conseiller quand elle est possible.

Cet exposé n'a rien d'absolu et c'est volontairement que nous ne sommes pas schématique dans l'exposé du traitement. Ce dernier est complexe et difficile. Il ne peut procéder d'une seule méthode parce que chaque cas observé est un cas d'espèce. Au chirurgien de choisir, parmi les techniques déjà utilisées et conseillées, le moyen d'aborder l'abcès le plus directement possible sans danger d'infection pour la cavité péritonéale.

CONCLUSIONS

L'appendicite mésocoeliale subaiguë est d'un diagnostic difficile. Ou bien le siège de la douleur est anormal, ou bien la palpation ne révèle aucune sensibilité particulière parce que l'appendice est profond.

Cette appendicite mésocoeliale peut être à l'origine d'abcès antérieurs ou profonds. Les premiers sont d'une thérapeutique facile ; les seconds sont très difficiles à traiter. Rarement il est possible de les ouvrir par voie rectale ou vaginale. Quand ils sont relativement externes la voie rétro-cœco-colique est la première à envisager.

Mais lorsqu'ils sont véritablement médians et profonds, pour éviter d'infecter le péritoine, il faudra intervenir en deux temps ou bien prendre de grandes précautions pour protéger la séreuse.

Vu :

LE DOYEN,
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
GRÉGOIRE.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- BÉRARD et VIGNARD. — L'appendicite, étude clinique. Masson et Cie, 1914.
- BOVIER. — Deux cas d'abcès méso-cœliaques probablement d'origine appendiculaire. *Bull. et Mém. de la Société des Chirurgiens de Paris*, Février, 1937.
- BROCA (Aug.). — *Bull. Méd.* 1901, n° 51, p. 589.
- FISCHER. — *Sammlung Klin. Vortsäge*, Janv. 1894.
- GAYET. — *Soc. Chirurgie*, Lyon, 1912.
- GÉRARD-MARCHAND. — *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1895, p. 495.
- GERSTER (A.-G.). — Essay upon the classification of the var. forms of append. and pertyphl. absc. with pratical conclusions. *N.-Y. Med. Journ.*, 1890, t. LII, p. 6.
- GILLEPSIE. — *Bull. Méd.*, 6 avril 1912.
- INGELRANS et MINNE. — Abcès méso-cœliaque d'origine appendiculaire. *Nord Médical*, 1^{er} janv. 1930, p. 17.
- JALAGUIER. — Article : Appendicite in *Traité de Path. ext.* Dupla et Reclus. Masson et Cie, 1898, t. VI, p. 601.
- KIRMISSON. — Variétés de siège de l'appendice. Appendicite limitée aux règles du mésentère. *Bull. Méd.*, 1904, n° 59, p. 680.
- LAURET et WESTERBORN. — Contribution au radiodiagnostic des collections intra-péritonéales enkystées. *Archiv. für Klin. chir.*, t. CXLVII, f. 3, 15 oct. 1927, p. 593.

- LECÈNE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale. Masson et Cie, 1926, p. 218.
- MÉTIVIER. — *Journ. de Méd. et de Chir.*, 1759.
- MEYER (Von). — Ein seltener Fall von akuter Ernzündung des Wurmfortsatzes und dadurch Incarceration des Dünndarms. *Beitr. für Klin. Chir.* 1902, t. XXXIV, p. 85, résumé in *Lejars, Sem. Méd.*, 28 févr. 1903 : Les formes frustes de l'iléus.
- MICHEL-BÉCHET (R.) et MONTAGNIER (A.). — A propos des abcès appendiculaires. *Cahiers de pratique méd. chirurgicale*. Nov.-déc. 1930, p. 340.
- MIRIZZI. — Sur deux cas d'abcès méso-coeliaques. Rapport P. MOCQUOT. *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, p. 1180, 1928.
- MOCQUOT (Pierre). — Les abcès gazeux de l'abdomen. *Bull. Méd.*, 5 mars 1932, p. 167.
- MONDOR. — *Diagnostics urgents*. Masson et Cie, 1930, p. 149.
- MONOD (Ch.) et VANVERTS (J.). — L'appendicite. Masson et Cie, 1897.
- MONOD (R.-Ch.). — Appendicite méso-coeliaque. *Phare Médical de Paris*. Janvier 1938.
- PIARD. — *Revue Méd. de la Suisse Romande*, 1890.
- ROUTIER. — Appendice inclus dans le mésentère, ablation, guérison. *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 1903, p. 377.
- SCHWARTZ (Ed.). — Appendicite à rechutes. Trois abcès sous-ombilicaux. Extirpation de l'appendice pendant une période de calme. Guérison. *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 1903, p. 377.
- TUFFIER. — Abcès de la cavité de Retzius. *Clin. de l'Hôpital Beaujon*, 1894.
- VAUTRIN. — Des appendicites anormales. *Journ. de Gyn. et de Chir. abdominale*, 1898, t. II, p. 53.



IMPRIMERIE SPECIALE
DE
MM. VIGOT Frères



